



University of Groningen

## Voorbereiding pilot studie 'Power for Teens' voor tieners met overgewicht en angstige en depressieve klachten.

Bouwman, Miranda; Tuinstra, Jolanda; Visser, Marieke; Cox, R.F.A

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2015

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Bouwman, M., Tuinstra, J., Visser, M., & Cox, R. F. A. (2015). Voorbereiding pilot studie 'Power for Teens' voor tieners met overgewicht en angstige en depressieve klachten. Science Shops RUG.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



**rijksuniversiteit  
 groningen**

**Voorbereiding pilot studie ‘Power for Teens’  
voor tieners met overgewicht en angstige en  
depressieve klachten.**

***Preparation of pilot study ‘Power for Teens’ for  
overweight teens with anxiety and depression.***

**Masterthese Ontwikkelingspsychologie  
Onderzoeksverslag**

M. Bouwman

S1988867

Juli 2015

Afdeling Psychologie

Rijksuniversiteit Groningen

Examinator: Dr. R.F.A. Cox

Tweede beoordelaar: Dr. J. Tuinstra; Dr. M. Visser

## Colofon

Vraagnummer: GV 22/2014/C  
Titel: Voorbereiding pilot studie 'Power for Teens' voor tieners met overgewicht en angstige en depressieve klachten  
Aantal studiepunten: 11 ECTS  
Auteur: Miranda Bouwman  
Begeleiders: Dr. J. Tuinstra, Coördinator Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid, UMCG  
Dr. M. Visser, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen  
Dr. R.F.A. Cox, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen  
Vraagindiener: Saxion Hogeschool, Deventer  
Uitgave: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid UMCG  
Adres: Hanzeplein 1, 9713GZ Groningen  
Telefoon: 050-363 9080  
E-mail: j.tuinstra01@umcg.nl  
Datum: Juli 2015

## Voorwoord

Deze masterthese is het resultaat van het onderzoek dat deel uitmaakt van mijn master Ontwikkelingspsychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Er zijn veel partijen betrokken geweest bij de uitvoering van dit onderzoek. Dank gaat uit naar iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming van deze masterthese.

Allereerst zou ik Jolanda Tuinstra, Marieke Visser en Ralf Cox willen bedanken voor hun enthousiaste begeleiding en kritische feedback. Annemieke van der Horst en Ad Bergsma hebben vanuit de Saxion Hogeschool in Deventer dit onderzoek gesteund. Ook zou ik graag Ben Meijer en Anna Vermeer van het Etty Hillesum Lyceum willen bedanken voor hun gastvrijheid en inzet om de uitvoering van het onderzoek mogelijk te maken. Daarnaast hebben Angèl Hylkema en Jorien Kuijk zich ingezet voor deze masterthese, door namens de GGD IJsselland een indruk te geven van hun contact met jongeren. Graag zou ik Tineke Oldehinkel willen bedanken voor het beschikbaar stellen van de beschrijvende statistieken op de Youth Self Report, die zij verkregen heeft bij het TRAILS-onderzoek. Erik Rietschel van de Ethische Commissie Psychologie zou ik graag willen bedanken voor zijn inzet om dit onderzoek volgens de ethische richtlijnen te laten verlopen. Annemieke Brouwer zou ik graag willen bedanken voor haar inzet bij administratieve zaken. Natuurlijk wil ik ook graag alle respondenten bedanken voor hun deelname. Tot slot zou ik graag mijn familie en vrienden willen bedanken voor hun steun tijdens het schrijven van deze masterthese.

### **Abstract**

Het huidige onderzoek richtte zich op de voorbereidingen die nodig zijn voor het uitvoeren van een pilot studie van de interventie 'Power for Teens'. Dit is een interventie voor jongeren met overgewicht, angstige en depressieve klachten en een lage self-efficacy. Voordat de pilot studie uitgevoerd kan worden, moet uitgezocht worden op welke manier jongeren geworven kunnen worden voor het pilot onderzoek. Ook moet bekend worden met welke vragenlijsten angst, depressie, zelfvertrouwen en self-efficacy gemeten kunnen worden. Nadat via school 79 jongeren een informatiebrief en toestemmingsformulier hadden ontvangen, hebben tien meisjes in de leeftijd van 12 tot 17 jaar deelgenomen aan het onderzoek. Het onderzoek wees uit dat de werving zoals uitgevoerd in dit onderzoek niet optimaal verliep en resulteerde in een laag deelnemersaantal. De vragenlijst die angst, depressie en zelfvertrouwen meten, is samengesteld op basis van onderdelen uit een aantal bestaande vragenlijsten. De vragenlijst bleek betrouwbaar en geschikt voor de doelgroep. De vragen die betrekking hebben op self-efficacy werden als lastig ervaren en hier zal nog een alternatief voor gevonden moeten worden.

*Trefwoorden:* Power for Teens, tieners, overgewicht, angst, depressie, self-efficacy

### **Abstract**

The current study was aimed at the preparation of the pilot study of the 'Power for Teens' intervention. This is an intervention for overweight teens with anxious and depressive symptoms and a low self-efficacy. Before the pilot study could be conducted, the optimal way to recruit participants for the pilot study has to be determined. Additionally, questionnaires should be selected that are suitable for measuring anxiety, depression, confidence and self-efficacy. The school handed out information sheets and informed consent forms to 79 pupils. Finally, ten girls, aged between 12 and 17 years, participated in the study. The study indicated that the recruitment method in this study was not optimal and resulted in a low number of respondents. The questionnaire measuring anxiety, depression and confidence is composed of sections of multiple existing questionnaires. The questionnaire proved to be reliable and suitable for the target population. The questions regarding self-efficacy turned out to be too difficult for the target population. Using an alternative scale to measure Self-efficacy is recommended in future research.

*Keywords:* Power for Teens, teens, overweight, anxiety, depression, self-efficacy

## Inhoudsopgave

Colofon .....	2
Voorwoord .....	3
Abstract .....	4
Abstract .....	5
Inhoudsopgave .....	6
Hoofdstuk 1 – Introductie .....	7
Achtergrond .....	7
Beschikbare interventies .....	10
Doelstellingen huidig onderzoek .....	11
Hoofdstuk 2 – Methode .....	13
Deelnemers .....	13
Materiaal .....	14
Procedure .....	16
Data-analyse .....	17
Hoofdstuk 3 – Resultaten .....	18
Hoofdstuk 4 – Discussie .....	23
Doelstellingen .....	23
Terugkoppeling resultaten .....	23
Procedure van werving .....	23
Vragenlijst .....	24
Reflectie op het huidige onderzoek .....	26
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	27
Procedure van werving .....	27
Vragenlijst .....	27
Conclusie .....	28
Referenties .....	30
Bijlage 1 – Afkapwaarden BMI .....	38
Bijlage 2 – Afkapwaarden buikomvang .....	39
Bijlage 3 – Informatiebrief en formulier geïnformeerde toestemming .....	41
Bijlage 4 – Vragenlijst .....	43

## Hoofdstuk 1 – Introductie

### Achtergrond

In de klassieke oudheid was overgewicht een teken van welvaart en kennis. In het toneelstuk 'Julius Caesar' beschrijft Shakespeare dunne mensen als mensen waarvoor uitgekeken moet worden: 'Yond Cassius has a lean and hungry look/He thinks too much: such men are dangerous' (*The Tragedy of Julius Caesar* act 1, scene 2, regel 195-196). Pas in de tweede helft van de vorige eeuw was er sprake van een grote toename van mensen met overgewicht in westerse landen (Flegal, Carroll, Kuczmarski, Johnson, 1998). Door de toenemende welvaart kwam ondervoeding steeds minder vaak voor en nam de prevalentie van overgewicht en obesitas in de samenleving toe (Caballero, 2007; De Onis, Blössner & Borghi, 2010). Momenteel heeft gemiddeld 14% van de jongens en 17% van de meisjes tussen de 4 en 16 jaar overgewicht (Van den Hurk, Van Dommelen, Van Buuren, Verkerk & HiraSing, 2007). Samen met de toename van het aantal mensen met overgewicht veranderde ook de houding van de maatschappij richting overgewicht. Tegenwoordig idealiseert de media een slank lichaam (Grabe, Ward & Hyde, 2008; Silverstein, Perdue, Peterson & Kelly, 1986). Er is vaak sprake van een stigma of discriminatie richting mensen die overgewicht hebben. Zij worden als minder succesvol, minder slim en soms zelfs lui gezien (Puhl & Brownell, 2001; Puhl & Heuer, 2009).

Bij volwassenen is er sprake van overgewicht bij een Body Mass Index (BMI) van 25 of hoger. Er wordt van obesitas gesproken bij een BMI van 30 of hoger. Bij kinderen en jongeren is het BMI waarbij sprake is van overgewicht leeftijdsgebonden (Zie Tabel 1, in bijlage 1). Dit komt doordat de bouw van kinderen anders is dan van volwassenen (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000; Fredriks, Van, Fekkes, Verloove-Vanhorick & Wit 2005). Bij een te hoog lichaamsgewicht komt de fysieke gezondheid in gevaar. In de literatuur wordt de buikomvang beschreven als een betere voorspeller voor gezondheidsproblemen dan de BMI



(Fredriks, van Buuren, Fekkes, Verloove-Vanhorick & Wit, 2005). Ook de buikomvang waarbij sprake is van overgewicht is bij kinderen afhankelijk van de leeftijd (Zie Tabel 2, in bijlage 2).

De meeste studies naar de effecten van overgewicht en interventies bij overgewicht worden gedaan bij volwassenen. Overgewicht bij volwassenen wordt in verband gebracht met onder andere hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en bepaalde soorten kanker (Grantham, Staub, Rühli & Henneberg, 2014; Poirier & Eckel, 2002). Bij kinderen met overgewicht is bekend dat zij vooral veel gezondheidsrisico's lopen op lange termijn (Flegal, Carroll, Kuczmarski, Johnson, 1998; Teixeira, Sardinha, Going, Lohman, 2001). Vroegere puberteit, diabetes, leverproblemen, slaapproblemen en pijn in rug en voeten bij staan zijn problemen die veroorzaakt kunnen worden door overgewicht bij kinderen (Barness, Opitz & Gilbert-Barness, 2007). Vroegsignalering en behandeling van overgewicht bij kinderen is belangrijk, omdat daarmee de negatieve gezondheidseffecten op volwassen leeftijd verminderd worden (Young, Dean, Flett & Wood-Steiman, 2000; Zimmet et al., 2007). Daarnaast hebben jongeren met overgewicht een groot risico om ook op volwassen leeftijd nog steeds last van overgewicht te hebben (Guo & Chumlea, 1999; Power, Lake & Cole, 1997; Serdula et al., 1993). Het is dus van belang dat overgewicht op jonge leeftijd behandeld wordt, omdat daarmee niet alleen de gezondheidsrisico's bij jongeren, maar ook de gezondheidsrisico's op volwassen leeftijd verminderen.

Naast fysieke problemen zijn er ook psychische problemen die vaak voorkomen bij overgewicht. Deze samenhang is wederzijds. Enerzijds is de kans voor jongeren met overgewicht groter dat zij ook last krijgen van angstige en depressieve klachten (Abilés, Rodríguez-Ruiz, Abilés, Mellado, García, de la Cruz & Fernández-Santaella, 2010; Goossens, Braet, Van Vlierberghe & Mels, 2009). Anderzijds lopen jongeren met angstige en

depressieve klachten een groter risico om overgewicht te ontwikkelen en dit overgewicht ook te behouden gedurende de adolescentie (Blaine, 2008; Goodman & Whitaker, 2002).

Voor het verlagen van het gewicht is een sterke motivatie nodig. Self-efficacy beschrijft het proces van motivatie voor gedragsverandering. Het houdt in dat mensen de gewenste effecten door hun eigen acties kunnen bewerkstelligen (Bandura, 1977, 1994). Als de persoon een positieve gebeurtenis veroorzaakt, wordt de motivatie groter om deze gebeurtenis nog eens voor te laten komen. De self-efficacy wordt dus hoger.

Jongeren met overgewicht en psychische klachten hebben vaak een lage self-efficacy voor het verlagen van hun gewicht (Troost, Kerr, Ward & Pate, 2001). Dit kan ervoor zorgen dat zij moeite hebben om de factoren te veranderen die hun overgewicht in stand houden en daarmee hun gewicht te verlagen (Muris, 2002). Het verhogen van hun self-efficacy kan ervoor zorgen dat zij gezonder gaan leven. Daardoor wordt hun gewicht lager en krijgen zij een beter zelfbeeld. Daarmee zullen ook de psychische klachten verminderen.

Er zijn meerdere redenen om te interveniëren bij jongeren met overgewicht en de daarbij aanwezige klachten. Ten eerste hebben jongeren met deze klachten een aanzienlijk lagere kwaliteit van leven. Zij zullen over het algemeen gelukkiger worden als hun psychische klachten behandeld worden en ze weer een gezond gewicht bereiken (Fontaine & Barofsky, 2001; Wille et al., 2010). Ten tweede is het van belang dat het overgewicht behandeld wordt vanwege de risico's op het behouden van overgewicht op latere leeftijd.

Lalonde (1974) heeft een model ontwikkeld dat de componenten beschrijft die invloed uitoefenen op overgewicht. Ten eerste is er een biologische factor. Dit kan bijvoorbeeld erfelijkheid zijn. Bouchard (1991) beschrijft dat erfelijke factoren voor 40% van invloed zijn op de ontwikkeling van overgewicht. Onder deze erfelijke factoren vallen onder andere de snelheid van de stofwisseling en de hoeveelheid energie die het lichaam verbruikt bij inspanning. Een tweede factor zijn de gezondheidszorgvoorzieningen. Als mensen geen

toegang hebben tot passende gezondheidszorg, kunnen zij geen passende ondersteuning vinden om tot een gezonder lichaamsgewicht te komen. Verder zijn er nog twee componenten: de leefstijl en de omgeving. Als iemand meer kennis heeft over de invloed van leefstijl op overgewicht en met deze kennis het gedrag verandert dat dit gewicht in stand houdt, kan dit een groot effect hebben op het gewicht. Bij jongeren heeft de omgeving ook een sterke invloed op het gewicht. Interventies waarbij het hele gezin betrokken wordt, zijn vaak effectief (Epstein, Valoski, Wing & McCurley, 1994). Het model van Lalonde (1974) wijst in de richting dat interventies voor overgewicht zich het beste kunnen richten op het aanpassen van leefstijl en omgeving (Dever, 1976).

### **Beschikbare interventies**

In Nederland zijn er op dit moment twee erkende interventies voor de behandeling van overgewicht bij jongeren tussen 12 en 18 jaar. Ten eerste is er het Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht (Kuppens, 2009). Deze interventie is door de Erkenningcommissie Interventies beoordeeld als 'goed onderbouwd' (Kuppens, 2009). Het is een kortdurende interventie, gericht op kinderen en jongeren die nog groeien. Het doel van de interventie is, dat deze kinderen en jongeren over hun overgewicht heen groeien door het gewicht te stabiliseren en tegelijkertijd te groeien. De interventie richt zich op aanpassingen in leefstijl, bijvoorbeeld minder frisdrank drinken en meer buitenspelen. Uit een studie over deze interventie bleek dat BMI en buikomtrek bij de meeste jongeren tussen 2 en 15 jaar waren afgenomen of gelijk gebleven. Daarnaast zijn de meeste deelnemers gezonder gaan leven (Venemans, Poort, Gijsen & Vos, 2009).

Een tweede erkende interventie is RealFit (Bartelink, 2014). Dit programma bestaat uit lessen over voeding, beweging en psychologie, waarbij het primaire doel het aannemen van een gezondere leefstijl is, en daarmee ook het verlagen van het gewicht. De

Erkenningscommissie Interventies beoordeelt deze interventie als 'effectief volgens goede aanwijzingen' (Bartelink, 2014). Onderzoek laat zien dat een jaar na deelname aan de RealFit-interventie nog steeds een significante afname van BMI en buikomtrek te zien zijn bij de deelnemers (jongeren tussen 13 en 18 jaar). Daarnaast zijn lichamelijke fitheid, lichaams- en zelfwaardering significant verbeterd (Bartelink, Jansen, Kremers, Mulken & Mujakovic, 2014).

Er is in Nederland echter nog geen interventie beschikbaar die zich richt op de behandeling van psychische klachten en overgewicht. In de Verenigde Staten is het interventieprogramma 'Cope Healthy Lifestyle TEENS' ontwikkeld voor tieners (12-18 jaar) met overgewicht en angstige en depressieve klachten. Het programma bestaat uit 15 sessies die zich richten op het vergroten van self-efficacy van de tieners, waardoor hun zelfvertrouwen verbetert (Melnik et al., 2007). Cope Healthy Lifestyle TEENS is bewezen effectief in de Verenigde Staten: de jongeren hadden na afloop van het programma minder symptomen van angst en depressie, en daarnaast een hogere self-efficacy (Melnik et al., 2007). Omdat het programma slechts 9 weken duurde, was het nog niet mogelijk om een sterke verlaging van het BMI aan te tonen. De bloedwaarden van de deelnemers lieten na afloop van het programma wel een duidelijke verhoging van gezonde vetten en vermindering van ongezonde vetten zien. Het interventieprogramma is door de Saxion Hogeschool in Deventer vertaald en aangepast aan de Nederlandse context, en is in Nederland bekend onder de naam 'Power for Teens' (Saxion Hogeschool, 2014).

### **Doelstellingen huidig onderzoek**

Het huidige onderzoek richt op twee aspecten ter voorbereiding van een pilot studie van het interventieprogramma Power for Teens. Daarbij staan twee vragen centraal. Ten eerste gaat het huidige onderzoek na op welke manier deelnemers voor de interventie

gescreend en geworven kunnen worden. Het is onduidelijk hoe vaak de combinatie van overgewicht, depressie, angst en een lage self-efficacy precies voorkomt. Prevalentie varieert van 3.8% tot 13.8% (Schönbeck et al., 2011). Het huidige onderzoek zal informatie opleveren over de procedure van screening, om daarmee voldoende deelnemers voor de pilot studie van de interventie te werven. Ten tweede richt het huidige onderzoek zich op het bepalen van de te gebruiken vragenlijsten om de effectiviteit van het Power for Teens-interventieprogramma te bestuderen. De vragenlijsten die in de Engelstalige interventie gebruikt worden, zijn namelijk niet vertaald en gevalideerd in het Nederlands. Daarom worden in deze studie onderdelen van reeds bestaande vragenlijsten geselecteerd en toegepast in de doelgroep om de relevante concepten te meten. Het meetinstrument wordt uiteindelijk zowel voor de screening als voor de voor- en nameting van de interventie gebruikt, om angst, depressie, self-efficacy en de mate van overgewicht vast te stellen.

## Hoofdstuk 2 – Methode

### Deelnemers

Deelnemers zijn geworven op een middelbare school in midden-Nederland. Via een coördinerende docente hebben twee klassen (een eerste en een derde klas VMBO) een uitnodiging ontvangen om deel te nemen aan het onderzoek. In deze klassen zaten respectievelijk 18 (9 jongens, 9 meisjes) en 16 (16 meisjes) leerlingen. De 34 leerlingen uit de geselecteerde klassen kregen een informatiebrief en een toestemmingsformulier mee naar huis (zie bijlage 3). Zij kregen een week de gelegenheid om alle informatie te lezen en deze aan hun ouder(s)/verzorger(s) voor te leggen. Om deel te kunnen nemen moesten zowel de leerling als één van de ouders het toestemmingsformulier ondertekenen. In totaal hebben 9 leerlingen voorafgaand aan het onderzoek een volledig ingevuld toestemmingsformulier ingeleverd. Het inleveren werd gecoördineerd door de docente. Zij herinnerde de leerlingen gedurende de week tijdens de les aan het inleveren van het formulier. Van deze leerlingen hebben 8 leerlingen (8 meisjes) aan het onderzoek deelgenomen (23.5%). De overige leerling met een volledig ingevuld toestemmingsformulier was ziek ten tijde van het onderzoek, en kon daardoor niet deelnemen.

Aangezien de respons erg laag was, is de docente gevraagd naar mogelijke oorzaken. Zij vertelde dat een specifiek onderdeel van de dataverzameling, het meten van de buikomvang, als grote drempel werd ervaren. Ook het inleveren van de toestemmingsbrieven was problematisch: een aantal leerlingen was de toestemmingsbrief vergeten mee te nemen. Op basis van deze informatie werd besloten nogmaals deelnemers te werven en het meten van de buikomvang weg te laten bij deze tweede ronde. Ook werd een klein cadeautje beloofd, zodat de motivatie om de toestemmingsbrief in te leveren verhoogd zou kunnen worden. De rest van de procedure bleef ongewijzigd.

Voor de tweede wervingsronde werden deelnemers geworven in twee vierde klassen VMBO. 45 leerlingen werden uitgenodigd om deel te nemen (2 jongens, 43 meisjes). In totaal hebben 3 leerlingen toestemming gegeven tot deelname. 2 leerlingen (2 meisjes) hebben aan het onderzoek deelgenomen (4.4%). De andere leerling was door een misverstand het betreffende lesuur eerder naar huis gegaan en was dus niet op school aanwezig.

In totaal zijn er 79 leerlingen uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. Dit leverde 10 respondenten op (12.7%). De leeftijd van alle respondenten lag tussen 12 en 17 jaar ( $M = 13.9$ ,  $SD = 1.79$ ).

## **Materiaal**

Het materiaal voor het onderzoek bestond uit twee delen. In deel één vulde de respondent zelfstandig een schriftelijke vragenlijst (zie bijlage 4) in en in deel twee voerde de onderzoeker een aantal fysieke metingen uit bij de respondent. De eerste vragen uit de vragenlijst bestonden uit algemene gegevens van de respondenten (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau). Daarna werden psychologische kenmerken gemeten.

Symptomen van angst en depressie werden gemeten met onderdelen van de Youth Self Report (YSR) (Verhulst, van der Ende & Koot, 1997). De Youth Self Report is een veel gebruikt instrument voor deze leeftijdscategorie. Het instrument staat bekend om de laagdrempelige manier waarmee symptomen van angst en depressie opgespoord kunnen worden bij jonge mensen. De respondenten kunnen zelfstandig de vragenlijst invullen en de tijdsduur die nodig is voor het invullen is beperkt. De schalen worden door de COTAN als 'vrij goed' beoordeeld (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2006). Angst werd gemeten door middel van de subschaal 'DSM-IV: Anxiety problems', bestaande uit 6 items. Depressie werd gemeten door middel van de subschaal 'Teruggetrokken/depressief', die bestond uit 8 items. Ieder item op deze subschalen heeft drie antwoordcategorieën: helemaal niet, een beetje of

soms en duidelijk of vaak. Een hogere somscore op de subschaal betekent dat de respondent meer symptomen vertoont. De scores op de subschaal 'DSM-IV: Anxiety problems' liggen tussen de 0 en de 12, de scores op de subschaal 'Teruggetrokken/depressief' liggen tussen de 0 en de 16.

Het concept zelfvertrouwen werd gemeten met het onderdeel 'Zelfvertrouwen' uit de aangepaste versie van de Adolescent Decision Making Questionnaire (ADMQ) (Tuinstra, Van Sonderen, Groothoff, Van Den Heuvel & Post, 2000). Dit onderdeel omvat 6 items. Voor het invullen van deze vragenlijst is niet veel tijd nodig en het geeft wel een betrouwbare indicatie van het vertrouwen dat de jongeren hebben in hun capaciteit om goede beslissingen te nemen. Op deze vragenlijst zijn vier antwoordcategorieën van toepassing: nooit, soms, vaak en (bijna) altijd. Een hogere somscore op dit onderdeel houdt in dat de respondent meer zelfvertrouwen heeft in de beslissingen die hij/zij neemt. De laagst mogelijke score op dit onderdeel is 6; de hoogst mogelijke score is 24. De ADMQ is nog niet door de COTAN beoordeeld.

Self-efficacy werd gemeten door middel van de uit 10 items bestaande Nederlandse versie van de General Self-Efficacy Scale (GSE) (Teeuw, Schwarzer & Jerusalem, 1994). Deze vragenlijst is gevalideerd voor volwassenen, maar wordt ook veel afgenomen onder jongeren vanwege gebrek aan alternatieve gevalideerde vragenlijsten op dit gebied. Door middel van vier antwoordcategorieën (volledig onjuist, nauwelijks juist, enigszins juist en volledig juist) kon een somscore berekend worden. Scores op dit onderdeel liggen tussen de 10 en de 40, waarbij een hogere somscore aangeeft dat de respondent een hogere self-efficacy heeft. Ook de GSE is nog niet beoordeeld door de COTAN.

De vragenlijst werd afgesloten met een aantal evaluatieve vragen. Bij deze vragen konden de respondenten aangeven of zij alle vragen goed konden begrijpen. Ook konden zij aangeven welke vragen zij lastig vonden.



Het tweede gedeelte van het onderzoek bestond uit het bepalen van de fysieke kenmerken van de respondent. Dit onderdeel werd door de onderzoeker uitgevoerd. Met een digitale weegschaal van het merk Soehnle werd het gewicht gemeten tot op 100 gram nauwkeurig. De lengte werd op de centimeter nauwkeurig bepaald door middel van een meetlint, dat aan de muur was bevestigd. Ook de buikomvang werd op de centimeter nauwkeurig gemeten met een meetlint. Voor het meten en wegen werden de respondenten verzocht hun schoenen en dikke vesten en truien uit te trekken.

### **Procedure**

De dataverzameling werd uitgevoerd in een klaslokaal gedurende een lesuur. De respondenten die een volledig ingevuld toestemmingsformulier hadden ingeleverd werden door de coördinerende docente uit de klas gehaald en naar een apart lokaal gebracht. Daar maakten ze kennis met de onderzoeker. Vervolgens kregen de respondenten mondeling een korte samenvatting van het doel van het onderzoek en werd uitgelegd wat ze konden verwachten. Ook kregen ze de mogelijkheid tot het stellen van vragen. De vragenlijst werd uitgedeeld, waarna ze de tijd kregen om deze zelfstandig in te vullen. Zodra ze klaar waren met invullen legden de deelnemers de vragenlijst op de hoek van hun tafel. De respondenten die de vragenlijst hadden ingevuld, werden één voor één door de onderzoeker meegenomen om gemeten en gewogen te worden. In een afgeschermd hoekje van het klaslokaal konden ze hun vragenlijst inleveren en werden ze gemeten en gewogen. Na de verzameling van alle gegevens was nogmaals een mogelijkheid om vragen te stellen. De respondenten die in de tweede ronde waren geworven kregen als dank voor hun deelname een flesje nagellak, waarbij ze keuze hadden uit diverse kleuren. Daarna konden ze teruggaan naar hun les. De gehele procedure nam ongeveer 15 minuten in beslag.

## **Data-analyse**

Met betrekking tot de samengestelde vragenlijst zijn er analyses uitgevoerd met SPSS versie 21. Allereerst werd voor elk van de vier onderdelen de interne consistentie van de items bepaald door middel van Crohnbach's Alpha. De literatuur geeft als leidraad dat de interne consistentie onacceptabel is beneden .50, twijfelachtig bij .60, acceptabel bij .70, goed bij .80 en uitstekend bij .90 of hoger (George & Mallery, 2003). Vervolgens zijn voor de gemeten concepten (Angst, Depressie, Self-efficacy en Zelfvertrouwen) beschrijvende statistieken berekend: de gemiddelde scores voor Angst, Depressie en Zelfvertrouwen en de somscore voor Self-Efficacy. Verder zijn voor ieder concept de standaarddeviatie en range berekend. De Pearson correlaties tussen de scores op de vier onderdelen zijn ook berekend, om te onderzoeken of er samenhang was tussen de onderdelen. Ook zijn de scores op de gemeten concepten vergeleken met referentiegroepen van Nederlandse jongeren, verkregen uit verschillende onderzoeken. Deze vergelijking werd uitgevoerd om te bekijken of de steekproef in deze studie als representatief van de populatie beschouwd kan worden. Het verschil in steekproefgrootte tussen het huidige onderzoek en de referentiegroep was te groot voor een t-test en er was te weinig informatie van de referentiegroep beschikbaar voor een niet-parametrische toets. Daarom werd door middel van 95% betrouwbaarheidsintervallen bekeken of de verkregen scores in het huidige onderzoek overeen kwamen met de referentiegroep. In de literatuur wordt als leidraad gegeven dat het verschil waarschijnlijk significant is als de betrouwbaarheidsintervallen minder dan 25% met elkaar overlappen (Wolfe & Hanley, 2002). Met frequenties werd onderzocht of de respondenten aangaven dat een vraag te lastig was om te begrijpen.

### Hoofdstuk 3 – Resultaten

79 leerlingen waren uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen. Het totale aantal respondenten was 10 (12.7% respons), allen meisjes in de leeftijd 12 tot en met 17 jaar. De dataset bevatte geen missende waarden. Tabel 3 beschrijft de kenmerken van de respondenten.

Tabel 3 *Kenmerken van de respondenten*

Geslacht	10 meisjes	0 jongens	100% meisjes
Leeftijd	$M = 13.90$	$SD = 1.79$	Range = 12.00-17.00
Respondenten per klas	Klas 1: 6	Klas 3: 2	Klas 4: 2
Respons per klas	Klas 1: 33%	Klas 3: 12.5%	Klas 4: 4.4%
Lengte (m)	$M = 1.65$	$SD = 0.05$	Range = 1.55-1.71
Gewicht (kg)	$M = 57.43$	$SD = 10.62$	Range = 39.80-73.70
BMI	$M = 21.08$	$SD = 2.98$	Range = 15.35-25.80

In tabel 3 is te zien dat alleen meisjes hebben deelgenomen aan het onderzoek. Verder is te zien dat de respons afnam naarmate de leerlingen ouder worden. Onder de respondenten bevond zich weinig overgewicht. Slechts één respondent viel in de categorie van licht overgewicht.

Tabel 4 geeft de interne consistentie van de schalen weer, die zijn berekend door middel van Cronbach's Alpha.

Tabel 4 *Interne consistentie van de gebruikte schalen*

Schaal	Crohnbach's Alpha
Angst	.62
Depressie	.86
Zelfvertrouwen	.72
Self-efficacy	.76

De interne consistentie van Angst is twijfelachtig, de interne consistenties van Depressie en Self-efficacy zijn acceptabel en de interne consistentie van Depressie is goed.

In tabel 5 worden het gemiddelde, de standaarddeviatie en de range weergegeven voor ieder concept: Angst, Depressie, Zelfvertrouwen en Self-efficacy. Daarnaast wordt de score op ieder van deze vier concepten weergegeven bij een referentiegroep.

Tabel 5 *Beschrijving van scores op Angst, Depressie, Zelfvertrouwen en Self-efficacy in de huidige studie en bij een referentiegroep*

Concept	Huidige studie				Referentiegroep			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	N	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range	N
Angst	.38	.27	.00-.83	10	.42 <sup>a</sup>	.33	.00-1.83	1954
Depressie	.35	.38	.00-1.13	10	.40 <sup>b</sup>	.32	.00-1.88	1955
Zelfvertrouwen	2.70	.55	2.00-3.40	10	2.64 <sup>c</sup>	.44	1.33-4.00	1642
Self-Efficacy	25.30	3.97	20.00-32.00	10	30.96 <sup>d</sup>	5.39	11.00-40.00	697

a. Oldehinkel (2015)

b. Oldehinkel (2015)

c. Tuinstra, Van Sonderen, Groothoff, Van Den Heuvel & Post (2000)

d. Schwarzer & Jerusalem (1995)

Om de scores van de huidige studie te kunnen vergelijken met de referentiegroep, wordt in tabel 6 het 95% betrouwbaarheidsinterval van beide groepen beschreven.

Tabel 6 95% betrouwbaarheidsintervallen van de scores op angst, depressie, zelfvertrouwen en self-efficacy van de huidige studie en de referentiegroep

Concept	Huidige studie	Referentiegroep
Angst	[.21, .55]	[.41, .43] <sup>a</sup>
Depressie	[.11, .59]	[.39, .41] <sup>b</sup>
Zelfvertrouwen	[2.36, 3.04]	[2.61, 2.66] <sup>c</sup>
Self-Efficacy	[22.84, 27.76]	[30.56, 31.36] <sup>d</sup>

a. Oldehinkel (2015)

b. Oldehinkel (2015)

c. Tuinstra, Van Sonderen, Groothoff, Van Den Heuvel & Post (2000)

d. Schwarzer & Jerusalem (1995)

Tabel 6 geeft aan dat de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de concepten Angst, Depressie en Zelfvertrouwen meer dan 25% overlap vertoonden met de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de bijbehorende referentiegroepen. Bij deze concepten viel het 95% betrouwbaarheidsinterval van de referentiegroep geheel binnen het betrouwbaarheidsinterval van de huidige studie. Bij Self-efficacy was er geen sprake van overlappende betrouwbaarheidsintervallen. Hier is dus sprake van een significant verschil in scores, waarbij de scores op Self-efficacy in de huidige studie lager waren dan de referentiegroep.

Om te berekenen of er samenhang was tussen de concepten, werd de Pearson correlatie tussen de somscores van de vier concepten berekend. Tabel 7 geeft de correlaties tussen de gemeten concepten weer.

Tabel 7 *Correlaties en significantie van de correlaties tussen de gemeten concepten*

	Angst	Depressie	Zelfvertrouwen	Self-efficacy
Angst		.46	.21	-.26
Depressie			-.07	-.63
Zelfvertrouwen				.68*
Self-efficacy				

\*  $p = .03$ 

Er was een significante correlatie tussen Self-efficacy en Zelfvertrouwen ( $\alpha = .68$ ,  $p = .03$ ). De overige correlaties tussen de concepten waren niet significant op significantieniveau .05.

Respondenten konden aangeven welke vragen ze lastig vonden. Door middel van frequenties werd bekeken of er vragen voorkwamen die de respondenten niet goed begrepen. Tabel 8 geeft de vragen weer, die door de respondenten benoemd werden als lastige vraag.

Tabel 8 *Vragen die genoemd werden onder 'lastige vragen' en het aantal keren dat die vraag genoemd is door een respondent*

Concept	Vraag	Frequentie
Depressie	Ik probeer zo weinig mogelijk met anderen te maken te hebben	1
Self-efficacy	Het lukt me altijd moeilijke problemen op te lossen, als ik er genoeg moeite voor doe	2
Self-efficacy	Als iemand mij tegenwerkt, vind ik toch manieren om te krijgen wat ik wil	3
Self-efficacy	Het is voor mij makkelijk om vast te houden aan mijn plannen en mijn doel te bereiken	2
Self-efficacy	Ik vertrouw erop dat ik onverwachte gebeurtenissen doeltreffend	3

	aanpak	
Self-efficacy	Dankzij mijn vindingrijkheid weet ik hoe ik in onvoorziene situaties moet handelen	4
Self-efficacy	Ik kan de meeste problemen oplossen als ik er de nodige moeite voor doe	2
Self-efficacy	Ik blijf kalm als ik voor moeilijkheden kom te staan omdat ik vertrouw op mijn vermogen om problemen op te lossen	2
Self-efficacy	Als ik geconfronteerd word met een probleem, heb ik meestal meerdere oplossingen	4
Self-efficacy	Als ik in een benarde situatie zit, weet ik meestal wat ik moet doen	2
Self-efficacy	Wat er ook gebeurt, ik kom er wel uit	2

---

Vooraf de vragen over self-efficacy kwamen vaak voor in de lijst van slecht te begrijpen vragen. Iedere vraag die het concept Self-efficacy mat, werd door minimaal twee respondenten genoemd. Twee vragen werden door drie respondenten genoemd en twee vragen werden door vier respondenten genoemd. Verder was er één respondent die één vraag uit de vragenlijst over depressie benoemde als lastige vraag. Vragen van de onderdelen Angst en Zelfvertrouwen werden niet genoemd.

## **Hoofdstuk 4 – Discussie**

### **Doelstellingen**

Het huidige onderzoek richtte zich op twee aspecten. Ten eerste werd onderzocht op welke manier de deelnemers voor de pilot van de evaluatiestudie van het interventieprogramma 'Power for Teens' geworven kunnen worden. Ten tweede richtte het huidige onderzoek zich op het vaststellen van vragenlijsten die geschikt zijn om de concepten Angst, Depressie, Zelfvertrouwen en Self-efficacy te meten bij jongeren. Er zijn drie criteria aan deze vragenlijsten. Ten eerste moet de vragenlijst een self-report vragenlijst zijn. Ten tweede moet de vragenlijst kort zijn. Ook moeten de jongeren de vragenlijst goed kunnen begrijpen. Een vragenlijst die voldoet aan deze criteria zal laagdrempelig zijn, zodat het opsporen van psychische risico's van overgewicht minimale belasting op de jongere geeft. De uiteindelijke vragenlijst zal gebruikt kunnen worden om jongeren te screenen. Ook zullen de vragenlijsten gebruikt worden voor de voor- en nameting van de interventie, zodat bepaald kan worden of de interventie een effect heeft op de vier concepten.

### **Terugkoppeling resultaten**

#### **Procedure van werving**

Er werd verwacht dat het werven van respondenten via school een laagdrempelige manier van werving zou zijn, maar bij het huidige onderzoek was de respons laag. Er waren verschillende redenen voor de lage respons. Om te beginnen heeft de procedure van toestemmingsverklaring mogelijk een drempel opgeworpen. De Ethische Commissie Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen vereiste een handtekening van zowel de ouders als de deelnemer zelf, met inachtneming van voldoende bedenktijd (Ethische Commissie Psychologie, 2011). De betrokken docente heeft de leerlingen tijdens de les regelmatig herinnerd aan het inleveren van de formulieren. Bij de doelgroep bleek het



problematisch om de formulieren voorafgaand aan het onderzoek mee te nemen naar school. Volgens de betrokken docente komt dit vaker voor bij school-gerelateerde formulieren bij VMBO-leerlingen. De huidige procedure, waarbij de leerlingen op school een brief meekrijgen en deze ook weer op school inleveren, blijkt niet geschikt voor verder onderzoek. Er is dan een erg lage respons te verwachten.

Vergelijkbare interventies voor overgewicht, al dan niet gecombineerd met psychische klachten, liepen ook tegen wervingsproblemen aan (Bartelink, 2014; Kuppens, 2009). Bij deze interventies verliep de werving via de huisarts en GGD. De huisarts verwees ook cliënten door naar de interventie. Zelfs bij deze inzet, bleef de respons laag. Ook deze wijze van werven leverde dus een kleine groep deelnemers op die toestemming verleende.

Een andere reden voor de lage respons kwam naar voren uit een gesprek met de betrokken docente, waar het ontbreken van de motivatie van leerlingen om deel te nemen werd benadrukt. Bij de eerste wervingsronde benoemde zij dat het meten van de buikomvang een grote drempel was bij deze groep jongeren, maar het weglaten van dit onderdeel bleek niet het beoogde effect te hebben. In plaats van een toename van respondenten was juist een afname van respondenten te zien, die in lijn was met de totale afname van respons naarmate de leerlingen ouder werden. Het beloven van een cadeautje had geen effect.

## Vragenlijst

De interventie richt zich op de combinatie van overgewicht en angst en depressie bij adolescenten op het voortgezet onderwijs. Voor deze interventie zijn de psychologische onderdelen Angst, Depressie, Zelfvertrouwen en Self-efficacy van belang. Hoewel de interventie zich richt op het verminderen van angstige en depressieve symptomen, spelen zelfvertrouwen en self-efficacy ook een grote rol bij het verlagen van het gewicht. De onderdelen van vragenlijsten die gebruikt zijn in deze studie, zijn geselecteerd omdat ze

voldoen aan de criteria: de respondent kan ze zelfstandig invullen en voor het invullen is weinig tijd nodig. De onderdelen van vragenlijsten die gebruikt werden voor het meten van Angst, Depressie en Zelfvertrouwen zijn onderdelen uit bestaande vragenlijsten, gevalideerd voor de doelgroep. Aangezien er geen gevalideerde Nederlandse vragenlijst beschikbaar is voor het meten van Self-efficacy bij jongeren in deze leeftijdscategorie, is ervoor gekozen om een gevalideerde vragenlijst voor volwassenen te gebruiken om Self-efficacy te meten. In de literatuur wordt deze soms ook ingezet bij jongeren (Ehrenberg, Cox & Koopman, 1991; Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Ondanks het kleine aantal respondenten was de interne consistentie van Angst twijfelachtig, Depressie en Zelfvertrouwen acceptabel en Self-efficacy goed. De mate van interne consistentie op alle vier onderdelen gaf dus geen indicatie dat deze vragenlijsten problematisch waren. Frequenties wezen uit, dat de vragen over angst, depressie en zelfvertrouwen geen problemen opleverden voor de respondenten. Daarom zullen deze onderdelen waarschijnlijk ook geschikt zijn om te gebruiken bij het testen van de interventie. Van de vragen over self-efficacy werd wel regelmatig aangegeven dat deze lastig te begrijpen waren.

De scores op de concepten Angst, Depressie en Zelfvertrouwen binnen het huidige onderzoek leken op basis van hun 95% betrouwbaarheidsintervallen overeen te komen met scores van referentiegroepen. De scores op het concept Self-efficacy leken in de huidige studie wel lager te liggen dan de referentiegroep. Het huidige onderzoek is uitgevoerd onder jongeren, terwijl de referentiegroep van dit concept ook volwassenen bevatte. Uit onderzoek is bekend dat de self-efficacy afneemt in de vroege puberteit en weer toeneemt zodra de volwassen leeftijd bereikt is (Shell, Colvin, & Bruning, 1995; Zimmerman & Martinez-Pons, 1990). Dat zou kunnen verklaren waarom de scores op Self-efficacy in het huidige onderzoek lager zijn dan in de referentiegroep. In het algemeen lijkt het erop dat de deelnemers binnen

het huidige onderzoek als representatief beschouwd kunnen worden op basis van hun psychologische kenmerken.

### **Reflectie op het huidige onderzoek**

In het huidige onderzoek was sprake van een lage respons, een afname van de respons naarmate de leerlingen ouder werden en lage aantallen van respondenten met overgewicht. Deze resultaten moeten wel voorzichtig geïnterpreteerd worden, aangezien het totale aantal respondenten klein was. Er zou sprake kunnen zijn geweest van een verlaagde motivatie om aan het onderzoek deel te nemen, doordat het een onderzoek omtrent overgewicht betrof.

Verder bleek uit de resultaten dat er weinig respondenten met overgewicht waren, terwijl dit wel te verwachten was. De respondenten zouden dus een vertekend beeld van de populatie kunnen geven. Uit onderzoek blijkt namelijk dat bij 16% van de leerlingen op het VMBO sprake is van overgewicht (Naalden, 2011). Er zou dus sprake kunnen zijn van een selectie op basis van gewicht: leerlingen met een verhoogd gewicht zouden minder gemotiveerd kunnen zijn om deel te nemen aan het huidige onderzoek. De resultaten kunnen erop wijzen dat de jongeren niet alleen het meten van de buikomvang als drempel zien, maar dat het bespreken van hun gewicht in het algemeen een drempel is.

De huidige studie biedt een indicatie van de manier waarop de jongeren omgaan met het deelnemen aan een onderzoek naar overgewicht en psychische klachten. De problemen met de werving zouden kunnen aangeven dat ook vervolgonderzoek tegen wervingsproblemen aan gaat lopen. In dit onderzoek zijn deelnemers geworven via de school. Andere opties, zoals werven via een brief aan de ouders of werving via bijvoorbeeld de huisarts zijn niet getest in het huidige onderzoek. Dit onderzoek vergeleek dus niet alle wervingsopties, maar kwam wel overeen met vergelijkbare onderzoeken naar overgewicht,

waarbij de werving op alternatieve manieren ook problemen opleverde (Bartelink, 2014; Kuppens, 2009).

Verder werd in dit onderzoek naast de wervingsprocedure een vragenlijst getest en niet een interventie. Deze insteek kan ook een effect hebben gehad op de werving. Jongeren met overgewicht hadden namelijk niet de garantie dat hun overgewicht na deelname behandeld is. Dit zou misschien veroorzaakt kunnen hebben dat de jongeren daarom niet wilden deelnemen. Aan de andere kant was het huidige onderzoek een kort onderzoek zonder grote gevolgen voor de deelnemers. Dit zou de drempel tot deelname juist verlaagd kunnen hebben. Het is dus niet helemaal duidelijk waar het probleem van de werving precies aan te wijten was.

### **Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

#### **Procedure van werving**

Werving via een brief aan de leerlingen, via de huisarts en via de GGD bleken niet effectief bij onderzoek omtrent overgewicht. Een alternatieve manier van werving zou zijn om de informatie- en toestemmingsbrieven thuis te sturen en via post de mogelijkheid te geven om deze bij de onderzoeker terecht te laten komen. Bij deze procedure kunnen de ouders meer invloed uitoefenen om de brieven op tijd in te leveren en verloopt de toestemmingsprocedure nog steeds volgens de richtlijnen van de Ethische Commissie Psychologie. Het is dan wel moeilijker om de ouders tussentijds aan het inleveren van de toestemmingsformulieren te herinneren.

#### **Vragenlijst**

Aangezien er nog geen Nederlandse vragenlijsten beschikbaar zijn om Self-efficacy bij jongeren te meten, zou toekomstig onderzoek zich kunnen richten op het ontwikkelen van

een geschikte vragenlijst. Een optie zou kunnen zijn om de Self-efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C) te vertalen naar het Nederlands en te valideren bij Nederlandse jongeren (Muris, 2001). Deze vragenlijst is wel langer dan de vragenlijst die gebruikt is in het huidige onderzoek en is daarom minder geschikt. Vanwege de lengte van de vragenlijst is het misschien een betere optie om de vragenlijst die in het huidige onderzoek gebruikt is begrijpelijker te maken door abstracte woorden te veranderen en daarna te valideren bij jongeren.

De scores op de vragenlijst Zelfvertrouwen hingen significant samen met de scores op de vragenlijst Self-efficacy. Dit was te verwachten, omdat Self-efficacy en Zelfvertrouwen twee concepten zijn die veel overeenkomsten hebben (Bandura, 1997). Beide concepten beschrijven de mate waarin een persoon zich zeker voelt over zijn/haar capaciteiten. Ze verschillen op het punt dat Self-efficacy sterker varieert per situatie, bijvoorbeeld school, thuis, sociale situaties of sporten. Zelfvertrouwen wordt gezien als een stabiele eigenschap van een persoon, maar kan ook beïnvloed worden door ervaringen binnen verschillende situaties (Bandura, 1997). Als een jongere bijvoorbeeld ervaart dat het goed is in sporten, wordt de self-efficacy op het gebied van sporten groter, maar zal het zelfvertrouwen ook verhogen. Bij vervolgonderzoek kan dus ook de optie in overweging genomen worden om alleen het onderdeel dat Zelfvertrouwen meet te gebruiken.

## **Conclusie**

Overgewicht bij jongeren ontstaat niet vanzelf. Jongeren groeien meestal op binnen een gezinsstructuur, waar patronen en gewoontes deel uitmaken van hun leven (Reilly et al., 2005). Het verlagen van het gewicht zowel grote motivatie van de jongere zelf, als van hun ouders en de andere gezinsleden. Als de motivatie bij deze gezinsleden niet aanwezig is, zijn jongeren minder gemotiveerd om deel te nemen aan de interventie en zal het dus lastig zijn

om deelnemers voor de interventie te werven. Bij de werving zullen de ouders dus zeker ook betrokken moeten worden. Als zij gemotiveerd zijn voor deelname aan het onderzoek, worden de jongeren dat misschien ook sneller.

Op basis van dit onderzoek kan zelfs de vraag gesteld worden of er doorgegaan moet worden met de ontwikkeling van de 'Power for Teens' interventie. Andere interventies voor overgewicht bij deze doelgroep hadden ook moeite met het werven van deelnemers en worden nu ook minder ingezet dan mogelijk is (Kuppens, 2009; Bartelink, 2014). Daarnaast wijst het huidige onderzoek uit dat er veel inzet nodig is om een grote groep jongeren te bereiken. Het is dus te verwachten dat er veel energie gestoken moet worden in de werving voor deze nieuwe, vergelijkbare interventie, terwijl te verwachten is dat deze ook weinig ingezet zal worden. De lage motivatie tot deelname van de jongeren wijst erop, dat zij waarschijnlijk niet gemotiveerd zijn om op deze leeftijd aan hun overgewicht in combinatie met psychische klachten te werken. Pas op latere leeftijd, als er gezondheidsrisico's ontstaan, of wanneer zij ernstige klachten ontwikkelen gedurende hun tienerjaren zullen zij misschien pas gemotiveerd zijn om deel te nemen aan een interventie (Oudkerk, 2010).

## Referenties

- Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Mellado, C., García, A., de la Cruz, A. P., & Fernández-Santaella, M. C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obesity surgery*, 20(2), 161-167. doi:10.1007/s11695-008-9726-1
- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior* (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.
- Bakel, AM van (RIVM). *Overgewicht: Afkapwaarden BMI bij kinderen en jongeren*. Geraadpleegd op 16-12-2014, van <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-afkapwaarden-bij-jongeren/>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. John Wiley & Sons, Inc..
- Barness, L. A., Opitz, J. M., & Gilbert-Barness, E. (2007). Obesity: genetic, molecular, and environmental aspects. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 143(24), 3016-3034. doi:10.1002/ajmg.a.32035
- Bartelink, N. (2014). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'RealFit'*. Utrecht: Nederlands JeugdInstituut. Geraadpleegd op 23-03-2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=122667>
- Bartelink, N. H., Jansen, M. W., Kremers, S. P., Mulkens, S., & Mujakovic, S. (2014). Long-Term Effects of the RealFit Intervention on Body Composition, Aerobic Fitness, and Behavior. *Childhood Obesity*, 10(5), 383-391. doi:10.1089/chi.2014.0027

- Blaine, B. (2008). Does depression cause obesity? A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control. *Journal of health psychology*, 13(8), 1190-1197. doi: 10.1177/1359105308095977
- Bouchard, C. (1991). Heredity and the path to overweight and obesity. *Medicine and science in sports and exercise*, 23(3), 285-291.
- Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiologic reviews*, 29(1), 1-5. doi:10.1093/epirev/mxm012
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*, 320(7244), 1240. doi:10.1136/bmj.320.7244.1240
- De Onis, M., Blössner, M., & Borghi, E. (2010). Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *The American journal of clinical nutrition*, 92(5), 1257-1264. doi:10.3945/ajcn.2010.29786.
- Dever, G. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social indicators research*, 2(4), 453-466. doi:10.1007/BF00303847
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N., & Koopman, R. F. (1991). The relationship between self-efficacy and depression in adolescents. *Adolescence*, 26(102), 361.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology*, 13(5), 373. doi:10.1037/0278-6133.13.5.373
- Ethische Commissie Psychologie, 2011. *Ethische regels voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek met mensen*. Intern document.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kuczmarski, R. J., & Johnson, C. L. (1998). Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. *International journal*



- of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22(1), 39-47. doi:10.1038/sj.ijo.0800541
- Fontaine, K. R., & Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity reviews*, 2(3), 173-182.
- Fredriks, A. M., van Buuren, S., Fekkes, M., Verloove-Vanhorick, S. P., & Wit, J. M. (2005). Are age references for waist circumference, hip circumference and waist-hip ratio in Dutch children useful in clinical practice? *European journal of pediatrics*, 164(4), 216-222. doi:10.1007/s00431-004-1586-7
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Goodman, E., & Whitaker, R. C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, 110(3), 497-504. doi:10.1542/peds.110.3.497
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 68-78. doi:10.1002/erv.892
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin*, 134(3), 460. doi:10.1037/0033-2909.134.3.460
- Grantham, J. P., Staub, K., Rühli, F. J., & Henneberg, M. (2014). Modern diet and metabolic variance-a recipe for disaster? *Nutrition journal*, 13(1), 15. doi:10.1186/1475-2891-13-15
- Guo, S. S., & Chumlea, W. C. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *The American journal of clinical nutrition*, 70(1), 145s-148s.

- Kuppens, R. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht'*. Utrecht: Nederlands JeugdInstituut. Geraadpleegd op 23-03-2015, van <http://www.nji.nl/Overgewicht-Praktijk-Erkende-interventies-Beschrijving-interventie?itemnr=122652>
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Melnyk, B. M., Jacobson, D., Kelly, S., O'Haver, J., Small, L., & Mays, M. Z. (2009). Improving the mental health, healthy lifestyle choices, and physical health of Hispanic adolescents: A randomized controlled pilot study. *Journal of School Health*, 79(12), 575-584. doi:10.1111/j.1746-1561.2009.00451.x
- Melnyk, B. M., Small, L., Morrison-Beedy, D., Strasser, A., Spath, L., Kreipe, R., Crean, H., Jacobson, D., & Van Blankenstein, S. (2006). Mental health correlates of healthy lifestyle attitudes, beliefs, choices, and behaviors in overweight adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 20(6), 401-406. doi:10.1016/j.pedhc.2006.03.004
- Melnyk, B. M., Small, L., Morrison-Beedy, D., Strasser, A., Spath, L., Kreipe, R., Crean, H., Jacobson, D., Kelly, S., & O'Haver, J. (2007). The COPE Healthy Lifestyles TEEN program: feasibility, preliminary efficacy, & lessons learned from an after school group intervention with overweight adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(5), 315-322. doi:10.1016/j.pedhc.2007.02.009
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 145-149. doi:10.1023/A:1010961119608
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual differences*, 32(2), 337-348.

- Naalden. (2011). *Gedragdeterminanten onderzoek naar beweeg- en voedingsgedrag van eerste- en tweedejaars VMBO leerlingen*. Utrecht: Universiteit en NIGZ.
- Oldehinkel, A.J. (2015). Scores op 'DSM-IV Anxiety problems' en 'Depressive/Withdrawn' van de Youth Self Report, als onderdeel van het TRAILS-onderzoek (2001-2015). Persoonlijke communicatie, 5 juni 2015.
- Oudkerk, R. (2010). *Lectoraat Leefstijlverandering bij Jongeren*. Haagse Hogeschool.
- Poirier, P., & Eckel, R. H. (2002). Obesity and cardiovascular disease. *Current atherosclerosis reports*, 4(6), 448-453. Doi:10.1007/s11883-002-0049-8
- Poirier, P., Giles, T. D., Bray, G. A., Hong, Y., Stern, J. S., Pi-Sunyer, F. X., & Eckel, R. H. (2006). Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss. An update of the 1997 American Heart Association Scientific statement on obesity and heart disease from the obesity committee of the council on nutrition, physical activity, and metabolism. *Circulation*, 113(6), 898-918. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.171016
- Power, C., Lake, J. K., & Cole, T. J. (1997). Body mass index and height from childhood to adulthood in the 1958 British born cohort. *The American journal of clinical nutrition*, 66(5), 1094-1101.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9(12), 788-805. doi:10.1038/oby.2001.108
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964. doi:10.1038/oby.2008.636
- Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I., Steer, C., & Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *Bmj*, 330(7504), 1357. doi:10.1136/bmj.38470.670903.E0

- Saxion Hogeschool (2014). *Beknopte omschrijving Power for Teens (oorspronkelijke naam: COPE Healthy Lifestyles TEEN)*. Intern document.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs, 1*, 35-37.
- Schönbeck, Y., Talma, H., van Dommelen, P., Bakker, B., Buitendijk, S. E., HiraSing, R. A., & van Buuren, S. (2011). Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: a comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *PloS one*, 6(11), e27608. doi: DOI: 10.1371/journal.pone.0027608
- Serdula, M. K., Ivery, D., Coates, R. J., Freedman, D. S., Williamson, D. F., & Byers, T. (1993). Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Preventive medicine*, 22(2), 167-177.
- Shakespeare, W. (1599). *The Tragedy of Julius Caesar*. Geraadpleegd op 09-01-2015, van [http://nfs.sparknotes.com/juliuscaesar/page\\_22.html](http://nfs.sparknotes.com/juliuscaesar/page_22.html)
- Shell, D. F., Colvin, C., & Bruning, R. H. (1995). Self-efficacy, attributions, and outcome expectancy mechanisms in reading and writing achievement: Grade-level and achievement-level differences. *Journal of Educational Psychology*, 87, 386-398. doi:10.1037/0022-0663.87.3.386
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986). The role of the mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex roles*, 14(9-10), 519-532. doi:10.1007/BF00287452
- Teeuw, B., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1994). *Dutch adaptation of the general self-efficacy scale*. Berlin, Germany.
- Teixeira, P. J., Sardinha, L. B., Going, S. B., & Lohman, T. G. (2001). Total and regional fat and serum cardiovascular disease risk factors in lean and obese children and adolescents. *Obesity Research*, 9(8), 432-442. doi:10.1038/oby.2001.57

- Trost, S. G., Kerr, L. M., Ward, D. S., & Pate, R. R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(6), 822-829. doi:10.1038/sj.ijo.0801621
- Tuinstra, J., Van Sonderen, F. L. P., Groothoff, J. W., Van Den Heuvel, W. J. A., & Post, D. (2000). Reliability, validity and structure of the Adolescent Decision Making Questionnaire among adolescents in The Netherlands. *Personality and individual differences*, 28(2), 273-285. doi:10.1016/S0191-8869(99)00096-3
- Van den Hurk, K., Van Dommelen, P., Van Buuren, S., Verkerk, P. H., & HiraSing, R. A. (2007). Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. *Archives of disease in childhood*, 92(11), 992-995. doi:10.1136/ad.2006.115402
- Venemans, A., Poort, E., Gijzen, E. & Vos, N. de (2009). Evaluatie overbruggingsplan Eemland. Amersfoort, GGD Midden-Nederland. Geraadpleegd op 21-05-2015, van <http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/jgz-thema-s/publicaties/publicatie/407-evaluatie-overbruggingsplan-overgewicht-bslim-eemland-2007-2008>
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, J. M. (1997). *Handleiding voor de youth self-report (YSR)*. Afdeling Kinder-en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Wille, N., Bullinger, M., Holl, R., Hoffmeister, U., Mann, R., Goldapp, C., Reinehr, T., Westenhöfer, J., Egmond-Froehlich, A., & Ravens-Sieberer, U. (2010). Health-related quality of life in overweight and obese youths: Results of a multicenter study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(36).
- Wolfe, R., & Hanley, J. (2002). If we're so different, why do we keep overlapping? When 1 plus 2 doesn't make 2. *JAMC*, 166(1), 65-66.

- Young, T. K., Dean, H. J., Flett, B., & Wood-Steiman, P. (2000). Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. *The Journal of pediatrics*, 136(3), 365-369. doi:10.1067/mpd.2000.103504
- Zimmerman, B. J., & Martinez-Pons, M. (1990). Student differences in self-regulated learning: Relating grade, sex, and giftedness to self-efficacy and strategy use. *Journal of Educational Psychology*, 82, 51-59. doi:10.1037/0022-0663.82.1.51
- Zimmet, P., Alberti, K. G. M., Kaufman, F., Tajima, N., Silink, M., Arslanian, S., Wong, G., Bennett, P., Shaw, J., & Caprio, S. (2007). The metabolic syndrome in children and adolescents—an IDF consensus report. *Pediatric diabetes*, 8(5), 299-306. doi:10.1111/j.1399-5448.2007.00271.x

## Bijlage 1 – Afkapwaarden BMI

Tabel 1 *Overgewicht: Afkapwaarden BMI bij kinderen en jongeren*

Leeftijd in jaren	Jongens	Meisjes
2	18.41	18.02
3	17.89	17.56
4	17.55	17.28
5	17.42	17.15
6	17.55	17.34
7	17.92	17.75
8	18.44	18.35
9	19.10	19.07
10	19.84	19.86
11	20.55	20.74
12	21.22	21.68
13	21.91	22.58
14	22.62	23.34
15	23.29	23.94
16	23.90	24.37
17	24.46	24.70
≥18	25.00	25.00

Bakel, AM van (RIVM).

Notitie: Het BMI wordt berekend volgens de formule:  $(\text{Gewicht in kg})/(\text{Lengte in meter})^2$

## Bijlage 2 – Afkapwaarden buikomvang

Tabel 2 *Overgewicht: afkapwaarden buikomvang (in centimeter) bij kinderen en jongeren*

Leeftijd in jaren	Jongens	Meisjes
2.0	51.23	50.56
2.5	52.81	52.27
3.0	54.18	53.75
3.5	55.21	54.81
4.0	55.94	55.55
4.5	56.59	56.16
5.0	57.25	56.80
5.5	58.02	57.58
6.0	58.91	58.53
6.5	59.91	59.60
7.0	60.98	60.72
7.5	62.12	61.86
8.0	63.27	63.00
8.5	64.43	64.14
9.0	65.58	65.26
9.5	66.74	66.36
10.0	67.90	67.45
10.5	69.08	68.51
11.0	70.30	69.57
11.5	71.56	70.62
12.0	72.82	71.65
12.5	74.08	72.66
13.0	75.34	73.58
13.5	76.56	74.44



14.0	77.75	75.23
14.5	78.89	75.93
15.0	79.97	76.57
15.5	81.00	77.14
16.0	82.00	77.67
16.5	82.92	78.16
17.0	83.79	78.61
17.5	84.62	79.02
18.0	85.41	79.42
18.5	86.17	79.78
19.0	86.89	80.12
19.5	87.60	80.44
20.0	88.29	80.73
20.5	88.97	81.03
21.0	89.62	81.31

### Bijlage 3 – Informatiebrief en formulier geïnformeerde toestemming



rijksuniversiteit  
 groningen

Groningen, 16 februari 2015

Beste ouders/verzorgers,

In Nederland zijn steeds meer tieners die overgewicht hebben, soms ook in combinatie met emotionele klachten. De GGD IJsselland heeft samen met de Saxion Hogeschool een training ontwikkeld, die het zelfvertrouwen van tieners vergroot. Het idee is dat met een toename in zelfvertrouwen, tieners gezonder gaan leven, hun welbevinden toeneemt en het overgewicht afneemt. Aan de Rijksuniversiteit Groningen is gevraagd een vragenlijst te maken die kan meten of de training werkt.

Het is de bedoeling dat we deze vragenlijst eerst aan een aantal tieners van de middelbare school voorleggen. Hiermee kan bekeken worden of de vragenlijst geschikt is om het welbevinden en zelfvertrouwen te meten. Ook kan worden uitgezocht of in een klas op de middelbare school inderdaad tieners zijn met een combinatie van overgewicht en emotionele klachten.

Het Etty Hillesum Lyceum is bereid om hieraan mee te werken en heeft een aantal klassen geselecteerd om deel te nemen. Het onderzoek zal plaatsvinden op maandag 9 maart, en neemt maximaal één lesuur in beslag. Tijdens dit lesuur vullen de leerlingen de vragenlijst in en worden de lengte en het gewicht van de leerlingen gemeten. Als dank voor hun deelname ontvangen de leerlingen na afloop van het onderzoek een klein cadeautje.

Alle antwoorden van de vragenlijst en de gegevens worden anoniem verwerkt en zullen niet te herleiden zijn naar individuele personen. Uiteraard is deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig. Het is van belang dat zoveel mogelijk tieners meedoen, zodat we de vragenlijst goed kunnen testen en na kunnen gaan hoe vaak de combinatie van overgewicht en emotionele klachten voorkomt.

Stemt u ermee in dat uw kind deelneemt aan het onderzoek? Dan kunnen u en uw zoon of dochter het bijgevoegde toestemmingsformulier ondertekenen en inleveren. Inleveren kan op twee manieren:

- Tot en met vrijdag 6 maart kan uw zoon of dochter het ondertekende formulier tijdens de les inleveren bij mevrouw A. Vermeer, of in haar postvakje leggen.
- Op maandag 9 maart kan uw zoon of dochter het ondertekende formulier in de les, voorafgaand aan het onderzoek inleveren bij de onderzoeker (Miranda Bouwman, ondergetekende).

Heeft u er bezwaar tegen dat uw kind deelneemt? Dan hoeft u niets te doen. Tijdens het lesuur waarin de vragenlijst wordt afgenomen krijgt uw kind de gelegenheid om voor zichzelf te werken, bijvoorbeeld huiswerk maken.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Als u nog vragen heeft, kunt u een e-mail sturen naar [m.bouwman.3@student.rug.nl](mailto:m.bouwman.3@student.rug.nl).

Met vriendelijke groeten,

Miranda Bouwman  
Student Ontwikkelingspsychologie  
Rijksuniversiteit Groningen

Dr. Marieke Visser  
Docent Ontwikkelingspsychologie  
Rijksuniversiteit Groningen

rijksuniversiteit  
 groningen

## Toestemmingsbrief

Ik, *(naam leerling invullen)* ..... stem toe mee te doen aan een onderzoek dat uitgevoerd wordt door Miranda Bouwman, student Ontwikkelingspsychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen, onder begeleiding van Dr. Marieke Visser.

Ik weet dat:

- Het doel van dit onderzoek is: het ontwikkelen en testen van een vragenlijst om welbevinden en zelfvertrouwen te meten.
- Meedoen aan dit onderzoek geeft meer inzicht in de geschiktheid van de vragenlijst om de uitkomsten van een training te kunnen meten.
- Er zal mij gevraagd worden een vragenlijst in te vullen. De onderzoeker meet mijn lengte en gewicht.
- Het hele onderzoek gebeurt tijdens een lesuur. Aan het begin legt de onderzoeker nog een keer kort uit waar het onderzoek over gaat.
- De gegevens die verkregen zijn uit dit onderzoek worden anoniem verwerkt. Nergens worden namen bewaard en weergegeven.
- De onderzoeker zal alle verdere vragen over dit onderzoek beantwoorden, nu of tijdens het onderzoek.

Datum:

Handtekening ouder/verzorger

.....-.....-.....

.....

Datum:

Handtekening jongere

.....-.....-.....

.....

**Bijlage 4 – Vragenlijst****rijksuniversiteit  
groningen****VRAGENLIJST****Voorbereiding meetinstrument uitkomst training  
overgewicht, emoties en zelfvertrouwen**

Februari 2015

Aanwijzingen voor het invullen van de vragenlijst:

1. De vragenlijst is anoniem: je hoeft niet je naam op te schrijven.
2. Lees de vragen goed door en geef het antwoord dat het beste bij jou past.
3. Er zijn geen goede of foute antwoorden.
4. Vul de vragenlijst in met een blauwe of zwarte pen.
5. Je vult de vragenlijst voor jezelf in. Overleggen en praten met je klasgenoten mag niet.
6. Je kunt een antwoord kiezen door het vakje voor dat antwoord aan te kruisen ☒  
Bij een open vraag kun je op het streepje \_\_\_\_ je antwoord schrijven.
7. Heb je je vergist, kruis dan het antwoord aan dat je wilt geven en zet daar een pijltje bij.
8. Je zult ongeveer 15 minuten bezig zijn met het invullen van deze vragenlijst.
9. Als je een vraag niet goed begrijpt mag je je hand opsteken. Wij komen je dan helpen.
10. Als je klaar bent met het invullen van de vragenlijst, kun je deze op de hoek van de tafel leggen. Je wordt dan één voor één geroepen om gemeten en gewogen te worden. Bij het meten en wegen kun je deze vragenlijst bij de onderzoeker inleveren. De onderzoeker vult de vragen over je lengte en gewicht in.

De vragenlijst begint op de volgende bladzijde.

## Algemene vragen

**1. Wat is je leeftijd?**

\_\_\_\_\_ jaar

**2. Ben je een jongen of een meisje?**

☐ Jongen

☐ Meisje

**3. Welke soort onderwijs volg je?**

☐ Praktijkonderwijs

☐ VMBO

☐ HAVO

☐ VWO

**4. In welk schooljaar zit je?**

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

☐ 6

## Beweging en voeding

**5. Hoe ga je meestal naar school?**

☐ Lopend

☐ Fietsend

☐ Met het openbaar vervoer

☐ Anders, namelijk \_\_\_\_\_

**6. Hoe ver reis je naar school? (Als je het niet goed weet, maak dan een schatting.)**

\_\_\_\_\_ km (enkele reis)

**7. Hoeveel uur sport je per week op school?**

\_\_\_\_\_ uur

**8. Hoeveel uur sport je per week na school? (Als je het niet goed weet, maak dan een schatting. Ongeveer, gemiddeld per week.)**

\_\_\_\_\_ uur

**9. Wat vind jij van de hoeveelheid beweging die je krijgt?**

☐ Ik beweeg te weinig

☐ Ik beweeg genoeg

☐ Ik beweeg te veel

☐ Weet ik niet / Heb ik geen mening over

**10. Hoeveel stuks fruit eet je gemiddeld per dag?** (Een handje druiven is 1 stuk, een mandarijn of banaan is ook 1 stuk.)

- ☐ Ik eet (bijna) nooit fruit  
☐ 1 stuk  
☐ 2 stuks of meer

**11. Hoeveel opscheplepels groente eet je gemiddeld per dag?**

- ☐ Ik eet (bijna) nooit groente  
☐ 1 opscheplepel  
☐ 2 opscheplepels of meer

**12. Wat vind jij van jouw voeding?**

- ☐ Ik vind dat ik ongezond eet  
☐ Ik vind dat ik normaal eet  
☐ Ik vind dat ik erg gezond eet  
☐ Weet ik niet / Heb ik geen mening over

**13. Wat vind jij van jouw gewicht?**

- ☐ Ik vind dat ik te licht ben  
☐ Ik vind mijn gewicht goed  
☐ Ik vind dat ik te zwaar ben  
☐ Weet ik niet / Heb ik geen mening over

## Gedachten en gevoelens

Hieronder volgen een paar vragen over dingen waar jongeren soms bang voor zijn. Kruis per vraag het antwoord aan dat het beste bij jou past.

	Helemaal niet	Een beetje of soms	Duidelijk of vaak
14. Ik ben te afhankelijk van volwassenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ik ben bang om naar school te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ik ben bang voor bepaalde dieren, situaties of plaatsen, uitgezonderd de school (geef aan):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ik ben zenuwachtig of gespannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ik ben te angstig of bang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ik pieker veel, maak me veel zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu volgen een paar vragen over manieren waarop jongeren beslissingen nemen. Kruis per vraag het antwoord aan dat het beste bij jou past.

	Nooit	Soms	Vaak	(Bijna) altijd
20. Ik vind dat ik goed in staat ben beslissingen te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De beslissingen die ik neem zijn de juiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ik denk dat ik een goede beslisser ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Als ik een besluit neem, is dat volgens mij het best mogelijke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ik neem graag zelf beslissingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Als ik besluit iets te doen, dan doe ik dat meteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu volgen een paar vragen over gevoelens die jongeren soms hebben. Kruis per vraag het antwoord aan dat het beste bij jou past.

	Helemaal niet	Een beetje of soms	Duidelijk of vaak
26. Er is heel weinig wat ik leuk vind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ik ben liever alleen dan met anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ik weiger om te praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ik ben gesloten; anderen weten niet goed wat er in me omgaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ik ben te verlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ik heb niet veel energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ik ben ongelukkig, verdrietig of gedeprimeerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ik probeer zo weinig mogelijk met anderen te maken te hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu volgen een paar vragen over motivatie en doorzettingsvermogen. Kruis per vraag het antwoord aan dat het beste bij jou past.

	Volledig onjuist	Nauwelijks juist	Enigszins juist	Volledig juist
34. Het lukt me altijd moeilijke problemen op te lossen, als ik er genoeg moeite voor doe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Als iemand mij tegenwerkt, vind ik toch manieren om te krijgen wat ik wil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Het is voor mij makkelijk om vast te houden aan mijn plannen en mijn doel te bereiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ik vertrouw erop dat ik onverwachte gebeurtenissen doeltreffend aanpak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Dankzij mijn vindingrijkheid weet ik hoe ik in onvoorziene situaties moet handelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ik kan de meeste problemen oplossen als ik er de nodige moeite voor doe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ik blijf kalm als ik voor moeilijkheden kom te staan omdat ik vertrouw op mijn vermogen om problemen op te lossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Als ik geconfronteerd word met een probleem, heb ik meestal meerdere oplossingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Als ik in een benarde situatie zit, weet ik meestal wat ik moet doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Wat er ook gebeurt, ik kom er wel uit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**44. Waren de vragen goed te begrijpen?**

- ☐ Ja, allemaal
- ☐ Ja, de meeste wel
- ☐ Nee, de meeste niet
- ☐ Nee

**45. Welke vragen vond je lastig? (Schrijf de nummers van de vragen hieronder op.)**

---

---

**46. Wil je verder nog iets zeggen over de vragenlijst? Dan kun je dat hieronder opschrijven.**

---

---

---

---

---

Je bent klaar met invullen! Dankjewel!

Je kunt de vragenlijst op de hoek van je tafel leggen, dan weten wij dat je klaar bent met invullen. Iedereen die klaar is met invullen wordt één voor één geroepen om gemeten en gewogen te worden. Neem de vragenlijst mee. De onderzoeker vult de rest van de vragen in.



## Invullen door de onderzoeker

Straks worden je lengte, gewicht en buikomvang door de onderzoeker gemeten.

Schoenen zijn vaak zwaar, en de dikte van de zool kan je lengte en gewicht beïnvloeden. Zou je je schoenen uit willen trekken voordat we je wegen en meten?

Als je een dik vest of een dikke trui aan hebt met een normaal t-shirt eronder, zou je je vest of trui dan uit willen trekken? Dan kunnen we je gewicht nauwkeuriger meten.

**47. Lengte**

\_\_\_\_\_ cm

**48. Gewicht**

\_\_\_\_\_ kg

**49. Buikomvang**

\_\_\_\_\_ cm

Dit is het einde van de vragenlijst.  
Bedankt voor je deelname!